



FRANCE

La Sécurité sociale transfère des dépenses de santé aux assureurs

SANTÉ

L'Etat va se décharger de 500 millions d'euros de dépenses de santé.

Les assureurs s'inquiètent d'un dérapage de leurs coûts et s'agacent de la méthode.

Amélie Laurin et S. P.

La facture est plus salée que prévu. L'Etat a décidé de faire porter 500 millions d'euros de dépenses de santé additionnelles aux assureurs privés et aux mutuelles, dont 125 millions d'euros dès le dernier trimestre 2023, selon des sources concordantes. Attendue avec impatience par les assureurs santé depuis plusieurs mois, l'officialisation de ce « transfert » a été faite jeudi matin aux représentants de la profession par la direction de la Sécurité sociale (DSS).

La facture se substitue au transfert de 150 millions d'euros au second semestre de cette année, annoncé lors de la discussion du budget de la Sécurité sociale 2023. La mesure devait ensuite coûter 300 millions d'euros en année pleine. « C'est une décision technocratique, court termiste et purement comptable, qui n'est pas à la hauteur des enjeux de santé publique », s'agace le président de la Mutualité, Eric Chenut.

Augmentation du ticket modérateur

Dans le détail, les assureurs vont devoir rembourser une part plus importante du coût du passage

chez le dentiste. La part de la facture restant théoriquement à la charge des patients, mais le plus souvent assumée par les assureurs (le ticket modérateur), va « passer de 30 à 40 % », indique la Mutualité.

Et les assureurs redoutent déjà de voir la facture gonfler à l'avenir. « La décision est prise en pleine négociation de la nouvelle convention dentaire », pointe Eric Chenut. Les chirurgiens dentistes doivent en effet renégocier, d'ici à l'été, la convention qui les lie à la Sécurité sociale. Ils espèrent dans ce cadre obtenir une rémunération plus avantageuse pour un certain nombre d'actes. Selon nos informations, l'Assurance Maladie aimerait à l'occasion de cette négociation acter la prise en charge chaque année d'une consultation et de soins spécifiques pour les jeunes âgés de 3 à 24 ans, contre une consultation tous les trois ans aujourd'hui. Une façon de prévenir l'apparition de problèmes plus structurels et plus coûteux, qui peuvent déboucher sur la pose de prothèses...

Sur le papier, cette politique pourrait limiter les dépenses de santé. Pas sûr que cela rassure les assureurs et les mutuelles. La meilleure prise en charge totale des

prothèses par l'Assurance Maladie et les assureurs santé, dans le cadre de la réforme du 100 % santé, a fait déraiper les coûts des complémentaires santé.

« Nous n'avons aucune rentabilité en matière de santé », a déclaré jeudi, lors de son point presse annuel, Marie-Laure Dreyfuss, la déléguée générale du CTIP. Cette fédération, qui représente les institutions de prévoyance, comme Malakoff Humanis ou AG2R La Mondiale, affiche des résultats techniques (ratio des prestations versées sur primes encaissées) négatifs depuis 2014, en assurance santé. Selon la profession, les dépenses de santé payées par les complémentaires augmentent plus vite que les cotisations payées par les Français.

Après les crispations suscitées par la crise du Covid, qui avait justifié la taxation des assureurs santé, le ministre de la Santé, François Braun avait annoncé un changement de méthode. Un « comité de dialogue avec les organismes complémentaires » (CDOC) avait été mis en place à l'automne dernier. Celui-ci ne s'est réuni qu'une fois, en mai. L'annonce d'un transfert de 500 millions d'euros douche un peu plus les espoirs des assureurs santé d'avoir des relations apaisées avec les pouvoirs publics. ■



Selon les assureurs,
les dépenses de santé
payées par les
complémentaires
augmentent plus
vite que les
cotisations payées
par les Français.



Les assureurs vont devoir rembourser une part plus importante du coût du passage chez le dentiste. Photo Shutterstock

